

La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute

N° 13 - Janvier 2000

ÉDITORIAL

Mais qui sont-ils ? Surveillant-kiné, cadre de santé, moniteur-cadre, kiné-chef...

Mais que font-ils ? Thérapeute, enseignant, manager, coordonnateur...

Mais d'où viennent-ils ? Après un D.E. de masseur-kinésithérapeute, un cheminement professionnel, des questions, une évaluation personnelle... et c'est un plongeon de 9 mois difficiles pour l'obtention d'un diplôme cadre.

Les mains ont du mal à quitter le patient pour le stylo, l'ordinateur. L'angoisse de soigner le premier patient se transforme en stress pour diriger la première réunion d'équipe ou débuter le cours.

Organiser, planifier, gérer, évaluer, projeter, soigner, enseigner, trancher, décider... au milieu du service, des lits, des transparents, du PMSI, des corrections, de l'accréditation... avec le médecin-chef, les collègues, les patients, les étudiants, la direction !

Cela donne un "personnage". Très présent. Jamais absent dans les grands moments de son institution. Quelque peu râleur ! Des fois bien seul. Avec en permanence le désir de bien faire, la soif des connaissances, l'envie de s'impliquer, l'envie de faire bouger les choses.

Personnage des fois critiqué ou même attaqué qui reçoit peu ou pas de remerciements. Il sait assumer. Pour les projets, le relationnel parfois difficile, la négociation, l'écoute, les fêtes avec les collègues... il est là !

Voilà ce que nous vivons ! Et franchement, entre nous, qui laisserait sa place ?

Patrick ROTGER
du Comité de Publication

SOMMAIRE

- Éditorial
- Relecture du numéro 12 de *La Lettre* : *Gilles PENINOU*
- Parcours d'un cadre kiné : *Pierre TRUDELLE*
- Découverte : *l'ANAES*
- Courriers
- Nos Rubriques courantes
- Nouvelle Rubrique *La question naïve*

COMITÉ DE PUBLICATION

ISSN 1267-7728

Recevez **La Lettre** en braille sur simple demande écrite.

La Lettre sur site Internet : kine.kinemedia.fr

LA LETTRE DU C.S.K. - Michel GEDDA - C.R.F. - B.P. 101 - F39110 SALINS-LES-BAINS

DOCUMENTATION

Une solution à la recherche d'informations médicales et de santé sur le Web :

Le Catalogage et Indexation des Sites Médicaux Francophones (CISMeF) du C.H.U. de Rouen.

Avant l'apparition de l'Internet, l'information était difficilement accessible. Internet a modifié les données du problème : aujourd'hui, le moyen d'accès à l'information existe mais la difficulté est de s'y retrouver et de gérer cette avalanche de documents.

Actuellement la majorité des sites médicaux n'ont encore qu'une dimension essentiellement marketing, avec la présentation de l'institution ou de la société ; seulement une minorité ont un contenu informationnel de qualité.

Quelle méthodologie de recherche mettre en oeuvre sur Internet pour accéder aux sources d'informations existantes sur les sujets qui m'intéressent ? Quel est le degré de fiabilité de l'information accessible ? Quels sont les critères de validation d'une information sur Internet ?

Plusieurs types de services sont à distinguer :

- *niveau 1* : moteur de recherche généraliste ;
- *niveau 2* : catalogue de sites et index sans thesaurus ;
- *niveau 3* : catalogue de sites et index avec thesaurus ;
- *niveau 4* : catalogue de sites, index avec thesaurus structuré, métadonnées et description de sites. À ce niveau, il existe seulement 3 sites : www.omni.ac.uk , www.hon.ch et www.chu-rouen.fr .

Au C.H.U. de Rouen, depuis 1995 une équipe, constituée d'un médecin informaticien et de professionnels de la documentation, travaille au catalogage et à l'indexation des sites médicaux francophones (CISMeF). La création de CISMeF s'est justifiée par : l'avalanche d'informations potentiellement accessibles, la difficulté de séparer clairement les informations pour les professionnels de celles pour les patients, le manque de spécificité des moteurs de recherche et surtout la nécessité absolue en médecine de connaître la source et la qualité de l'information.

CISMeF recense exclusivement les ressources en français de toute provenance. Le nombre de sites et de documents catalogués dans CISMeF a dépassé les 6600 en juin 1999, avec 75 nouvelles ressources en moyenne par semaine en 1999 (47 en 1998). Ceci constitue environ 10 % de la production mondiale en santé.

Sur un échantillon représentatif de 400 sites et documents, 66,7 % des sites proviennent de France, 20 % du Canada (en particulier du Québec), 5,4 % de Suisse, 3,7% d'Afrique et 2,7 % de Belgique.

La méthodologie CISMeF comprend 5 étapes : le recensement des ressources, le filtrage, la description, la classification et l'indexation.

- Le *recensement* des sites et des documents est effectué grâce à une veille quotidienne sur les annuaires multidisciplinaires francophones, grâce à une visite mensuelle sur le site de NIC (Network Information Center) France qui recense les nouveaux domaines créés et grâce à la déclaration des sites eux-mêmes par formulaire.

- Pour le *filtrage* des sites recensés, CISMeF respecte le référentiel des critères de qualité de l'information de santé sur l'Internet : le Net Scoring. Le Net Scoring comprend 48 critères regroupés en 8 classes principales : crédibilité, contenu, hyper-liens, design, interactivité, aspects quantitatifs, déontologie et accessibilité.

- La *description* et la *classification* (ou catalogage) des sites et documents doit permettre de connaître à l'avance le type d'information présentée et d'évaluer ce contenu. Pour cela CISMeF utilise 2 outils standards : le thesaurus MeSH (Medical Subject Heading) de la base de données bibliographiques Medline et le format de méta-données du Dublin Core (les méta-données sont les informations constituant la fiche d'identité en tête de chaque document HTML).

Mode d'emploi :

CISMeF est intégré au site Web du C.H.U. de Rouen. Pour y accéder, cliquer sur *Sites Médicaux Francophones* (CISMeF) dans la liste des catalogues présentée dans la colonne de gauche de la page d'accueil du site du CHU.

CISMeF propose un classement thématique, incluant les principales spécialités médicales reconnues en France et un classement alphabétique, tous deux inspirés du thesaurus MeSH. Il est aussi possible de rechercher par type de ressources : recommandations et guides pour la bonne pratique clinique, hôpitaux et cliniques, Universités et écoles, institutions, bases de données et bibliographies, journaux électroniques...Un moteur de recherche fonctionnant exclusivement sur l'ensemble du site permet également de chercher par mot-clés (mode d'emploi à *recherche avancée*). Lire également le Guide d'utilisation de CISMeF accessible sur la page www.chu-rouen.fr/cismef/ .

Pour en savoir plus sur l'organisation et la méthodologie de CISMeF, lire *Pourquoi, comment ?* dans la colonne gauche de la page www.chu-rouen.fr/cismef/ .

Le degré d'expertise de CISMeF dans le tri et la validation de l'information francophone disponible sur Internet, ainsi que les services ajoutés (mode d'emploi, informations méthodologiques) qu'il propose permettent d'accéder à des données fiables, exhaustives et actualisées ; trois critères devant caractériser toute information.



Sylvie VOINEAU,
Responsable de la Chronique.

RELECTURE DU PRÉCÉDENT NUMÉRO

Juin 1999 : Numéro 12

par :

Gilles PENINOU

La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute, semble s'intéresser en priorité aux cadres étant en situation de hiérarchie hospitalière. Mon cursus d'enseignant, de chercheur et d'expert en technologie en Kinésithérapie, ne rencontre que peu de propos qui me soient directement adressés. Est-ce là la réforme du Diplôme de Cadre, anciennement M.C.M.K., qui coupe de fait cette profession en deux ou bien n'y a-t-il rien à dire qui soit "politiquement correct"?

Pourtant, nous sommes dans un tournant de l'évolution politique, administrative, organisationnelle, financière et sociale. Pour donner des orientations vers ces mutations futures, les techniques de l'enseignement et de la recherche sont sollicitées par des instances publiques et privées.

Je pense qu'une place devrait être nettement marquée pour aborder ces nouveautés, tant en ce qui concerne la recherche pratique, que l'instauration progressive d'un corps d'experts juridiques et techniques qui deviennent de réels référents.

• *Éditorial (page 1) :*

L' "intention" dit-on ; à travers ce terme, on voit le cadre investi d'une mission, d'un projet. Il est le moteur, celui qui détermine les priorités. Il bâtit des projets, il organise, il évolue, il dirige.

Mais c'est aussi un responsable, on oublie trop souvent qu'il doit "assumer" entre deux niveaux de hiérarchie. Il n'est efficace que lorsqu'il a su convaincre les personnes qu'il encadre. Celui qui est responsable est beaucoup plus coordinateur, incitateur et certainement pas, en tous cas pas dans notre culture, directeur.

• *Documentation (page 2) :*
Les sources d'information en Santé Publique.

Il est très intéressant de savoir ce que font les services de documentation de l'E.N.S.P. et de la Banque de Données en Santé Publique. Les besoins sont effectivement énormes.

La problématique pour un chercheur, un enseignant et un pédagogue, c'est d'avoir une idée de ce qu'il y a dans une banque de données. Les titres généraux des grandes rubriques ne nous informent pas ou de façon très évasive. Il aurait été intéressant d'avoir une expérience de recherche sur un sujet kinésithérapique et d'indiquer les possibilités et les limites de l'utilisation de cette banque de données.

• *L'A.F.R.E.K. (pages 5 et 6) :*
Groupe de travail AFREK 1999 : Recommandations.

Les recommandations sur les lombalgies bénignes rappelées dans ce numéro restent formelles et donnent seulement des connaissances arrêtées à ce jour. Pourtant, la Conférence de Consensus a généré des communications, de niveaux inégaux, qui ont proposé des idées vers la recherche d'une meilleure connaissance et surtout vers de nouveaux modes d'investigation qui devraient amener ces recommandations à évoluer avec le temps.

N'est-ce pas intéressant pour une Lettre du Cadre d'avoir des idées, des réflexions qui permettent de dynamiser des équipes pour des axes de recherches utiles.

La lecture administrative des recommandations ne doit pas nous faire oublier qu'il ne s'agit que d'une étape et que cela fait partie de nos responsabilités de la faire évoluer.

• *Courriers (pages 7 à 10) :*

La rubrique *Courrier* est intéressante, mais lorsqu'il s'agit de polémique, seuls les extraits devraient être publiés et l'ensemble du texte devrait pouvoir être accessible et envoyé à qui le désire. En effet, le 1/5 de La Lettre y est consacré et c'est beaucoup trop.

• *Parcours d'un cadre kiné (page 11) :*
Nicole Alméras.

La rubrique *Parcours d'un Cadre* est sur le fond une très bonne rubrique.

Madame Alméras est certainement une femme intéressante et enthousiaste qui nous parle de son Institution et de sa place dans celle-ci.

J'aurais aimé savoir comment elle gère les difficultés des relations humaines et hiérarchiques qui restent la partie de l'iceberg immergée, et qu'elle nous indique réellement comment fonctionne son établissement.

• *Formation (page 17) :*
Différents aspects de la formation dans un service d'hospitalisation.

Monsieur Jacques Pairault, cadre supérieur infirmier, est indiscutablement un responsable qui sait bien organiser la formation, mais j'ai là aussi quelques interrogations :

- Former qui ?
- Former pourquoi ?
- Former comment ?

On aurait ainsi une meilleure idée pour connaître la chronologie de priorités :

- Les patients ?
- L'institution ?
- Les personnels ?
- Les soignants ?

J'ai un peu peur que les objectifs de l'Institution soient, dans les faits, le moteur dominant avec tous les doutes que cela comporte sur la notion de qualité, notion dont on parle mais que l'on n'évalue pas et qui disparaît de ce fait des projets institutionnels.

• ***Découverte (page 16) :***
L'Institut de Perfectionnement en Communication et Éducation Médicales.

La lecture de cette page m'a laissé dubitatif. Est-ce un publi-reportage ou de l'information ?

• ***Mémoires cadres (pages 17 et 18) :***
Charge mentale du kinésithérapeute dans les soins de patients douloureux et rôle du Cadre de Santé.

Excellent, l'idée de l'analyse de mémoires de cadre.

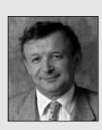
Le 1° mémoire porte sur la charge mentale du kinésithérapeute. À la lecture, je n'ai pas trouvé de relation précise entre ce que les neuro-physiologistes et les physiologistes du travail en disent et ce qui est indiqué dans ce résumé ; j'ai donc quelques difficultés à apprécier la conclusion qui nous est faite.

Le 2° mémoire sur “les patients douloureux, chroniques et adultes” est une vraie gageure. Le diagnostic n'étant pas posé et la douleur étant un phénomène unanimement qualitatif, on comprend que la thérapie du mouvement rencontre quelques déceptions. Il semble qu'il y ait inadéquation entre la formation du M.K. et ce genre de tâches qui lui est confié.

• ***Cadres en Europe (page 19) :***
Les études de Kinésithérapie en Espagne.

L'avenir de la Kinésithérapie, tant sur le plan scientifique, thérapeutique, réglementaire, et depuis quelque temps des effectifs, ne se joue pas dans un contexte français mais européen.

Lorsque l'on voyage professionnellement, on se rend compte de l'extraordinaire complémentarité de compétences des différents pays de l'Europe. La reconnaissance de cette compétence complémentaire (qui dépend des variables culturelles) n'est possible qu'en multipliant les échanges, les rencontres et les contacts sous toutes les formes. À suivre donc...



Gilles PENINOU
Formateur à l'E.F.O.M. (75).

LA QUESTION NAÏVE

Devenir cadre, c'est désapprendre quoi ?

À NOTER

La recherche de sites Internet concernant la rééducation est souvent longue pour localiser l'information cherchée. L'utilisation d'annuaires ou de moteurs de recherche est parfois décevante dans la précision des résultats recueillis.

Quelques professionnels scrutent le net pour détecter les sites, revues et bases de données concernant la kinésithérapie. Ils organisent ces informations sur un site réactualisé tous les mois (plus de 100 liens). Pour économiser du temps, vous pouvez enrichir vos favoris ou signets de l'adresse :

http://members.aol.com/kinescoop/

ANNONCE

La société LPG Systems cherche un cadre M.K. pour son département Formation (endermologie, thérapeutique, sport…).

LPG Systems
Département Ressources Humaines
B.P. 35
26902 VALENCE CEDEX 09

RENTRÉE SCOLAIRE DANS LES 9 INSTITUTS DE FORMATION CADRE MK

47 Masseurs-Kinésithérapeutes entrés cette année en formation Cadre de Santé :

Bois-Larris : 6 - Bordeaux (Pessac) : 5 - Grenoble : 3 - Lyon : 3
Montpellier : 10 - Nantes : 0 - Paris (AP/HP) : 8 - Paris (C.R.F.) : 12 - Strasbourg : 0

L'A.F.R.E.K.

Élaboration d'un cursus d'études pour la formation continue : la méthodologie P.M.P. *Problème-Manuel-Procédure*.

Nous avons précédemment exposé la différence marquée qui peut exister entre un acte thérapeutique basé sur l'observation stricte d'une procédure, et un acte thérapeutique basé sur l'habileté manuelle du praticien et la satisfaction du patient [1].

L'aboutissement de cette recherche de qualité consistait à dégager des critères pour élaborer un cursus de formation, soit sur le mode "Procédure-orienté", soit sur le mode "Résultat-orienté" [2]. C'est dans cette optique qu'ont été recherchés les critères exposés.

Les critères retenus par la F.M.C.

Pour la formation médicale continue (F.M.C.), les choix d'orientation sont basés sur les 5 critères de la méthode F.G.P. : fréquence, gravité, problème ainsi déclinés [3] :

1. Fréquence de la maladie
2. Gravité de la maladie
3. Problème de connaissances
4. Problème d'habileté manuelle
5. Problème de relations humaines

Si la méthode d'enquête aide à l'élaboration d'une formation paramédicale, les critères diffèrent puisque *fréquence* et *gravité* ne présentent pas la même préoccupation pour une profession qui soigne les patients qu'on lui envoie. Tout au plus, la fréquence et la gravité peuvent faire l'objet d'une enquête visant à déterminer l'urgence d'une formation plutôt qu'une autre.

Les critères applicables à la kinésithérapie

Pour le choix du contenu, les critères suggérés sont :

1. Apprentissage rigoureux d'une procédure invariable
2. Connaissance actualisée, théorique et pratique
3. Perfectionnement du sens clinique, étayé d'exemples
4. Perfectionnement des relations humaines
5. Habileté manuelle

Les points 4 et 5 se combinent : le patient (ou client) doit être satisfait du résultat et apprécier l'attitude du thérapeute.

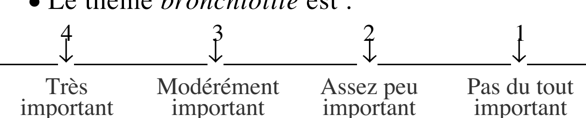
Quel est le problème ?

Les notes s'échelonnent entre 1 et 4, selon le modèle suivant (le thème est une décision du groupe concerné) :

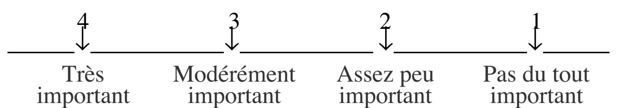
• Le thème *lombalgie* est :

4	3	2	1
Très important	Modérément important	Assez peu important	Pas du tout important

• Le thème *bronchiolite* est :



• Le thème *protection articulaire du patient rhumatisant* est :



Une addition de points rend compte de la décision collégiale d'un groupe de praticiens.

Tableau I : **Les deux modèles de formation et leurs caractéristiques**.

FORMATION À DES ACTES " PROCÉDURE-DÉPENDANTS "	AVANTAGES ET LIMITES DE LA RECHERCHE D'HARMONISATION
Contenu de formation très détaillé	Le cheminement est clairement défini
Définit les limites de chaque spécialité	Aisément vérifié par une autorité administrative, mais démarcation très rigide
Définition de critères d'admissibilité, pré-définition des critères de réussite à l'examen	L'abord prescriptif risque de limiter la créativité individuelle
La certification n'est délivrée que pour une période de temps limitée	Entretient la motivation du professionnel, permet la remise à niveau

FORMATION À DES ACTES " OPÉRATEUR-DÉPENDANTS "	AVANTAGES ET LIMITES DE L'ÉVALUATION DU RÉSULTAT
Les résultats constatés permettent de modifier le cursus	Flexible, adaptable en fonction des résultats sur les patients
Le résultat doit refléter la compétence et l'habileté du praticien	Chaque formation doit inclure un approfondissement technique
Le raisonnement clinique s'applique à la recherche clinique autant qu'à l'exercice quotidien du métier	Les critères de succès doivent être identifiés et formulés à l'avance
Le rôle éducatif est fortement développé	Cet abord fait sentir le besoin de créer un réseau de pairs

Analyse de deux exemples

Nous avons choisi comme exemples des affections très différentes l'une de l'autre, en attribuant des chiffres arbitraires, expliqués ici :

1. Lombalgie

• La *procédure* n'est pas importante, car les confrères sont déjà au fait de la manière dont peut s'aborder une lombalgie. Les différents enseignements s'accordent sur les points essentiels.

• *Actualisation de la connaissance* : c'est ceci le point-clé, puisque l'enseignement passé était fondé sur une longue période de repos au lit, ce qui contraste avec l'attitude actuelle du "3 jours de repos". L'esprit de système, avec modalité unique, n'a plus cours. La recherche d'une "cause" pour les douleurs de la lombalgie non spécifique a été abandonnée [4] ; il s'agit aujourd'hui de soigner le symptôme douloureux.

• Le *sens clinique* peut être amélioré très modérément, car tous les professionnels savent percevoir les changements subtils qui doivent déclencher un changement de traitement.

• *Relations humaines* : elles peuvent toujours être perfectionnées, mais un professionnel compétent est déjà rompu au contact avec les patients. Cependant, il y a des besoins en stratégie de conception pour une éducation du patient : ce qu'il faut dire, et comment.

• *Habileté manuelle* : tout professionnel avec un peu de recul possède des techniques utilisables. Le jury de la Conférence de Consensus n'a pas privilégié une technique par rapport aux autres [5].

2. Bronchiolite

• La *procédure* est rigoureuse et doit constituer le fondement de l'apprentissage.

• L'*actualisation de la connaissance* est une priorité, tant en ce qui concerne la physiologie respiratoire du nourrisson que les phénomènes physio-pathologiques de la maladie.

• Le *sens clinique* doit être nettement amélioré, car un grand nombre de professionnels n'a pas encore eu de contacts avec ce type de patient.

• Le perfectionnement des *relations humaines* ne concerne qu'une part minime : savoir rassurer et éduquer les parents.

• L'*habileté manuelle* est une priorité : savoir aborder un thorax aussi petit.

Catégorisation de la formation

Au vu des décisions du groupe sur l'échelle, les scores indiquent s'il s'agit de privilégier la qualité de contact humain, l'habileté manuelle du praticien ou la stricte adhésion à une procédure préalablement élaborée.

Nous connaissons implicitement la gradation existante :

- plus il y a de risques pour la survie du patient, moins le praticien dispose de marge de manœuvre. Le respect de la procédure passe en premier ;

- plus il y a d'impact sur la qualité de vie (par contraste avec la survie), plus le praticien doit infléchir la procédure en fonction de la situation analysée. Un affinement du sens clinique guide la démarche.

Cette connaissance doit passer dans l'explicite, et caractériser les différents actes thérapeutiques afin de guider le type de formation continue offert dans chacun des cas.

Après avoir caractérisé la nature principale de l'acte à enseigner, le cursus de formation peut être élaboré en conséquence. Cette réflexion préliminaire est déjà par elle-même un axe de réflexion qui ouvre des perspectives vers des chemins peu fréquentés.

Références

1. La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute, janvier 1999

2. Donaghy M. Process-based model, Outcome-based model, what are the differences ?
Proceedings, 3rd SLCP Conference, Lisbon 1998

3. D'Ivernois JF. Un instrument pour l'évaluation des besoins en formation médicale continue : la méthode F.G.P.
Bull Asformed 1978 ; 8 : 7383-7387

4. Brody JE. Syndromes without a "cause".
IHT, 29 mars 1999

5. ANAES, texte court, Conférence de Consensus "prise en charge kinésithérapique du lombalgique", décembre 1998.



Éric VIEL,
Responsable de la Chronique.

Tableau II : **Échelle Problème-Manuel-Procédure, exemple de besoins contrastés**.

Nom de l'affection	Importance de la procédure	Actualisation de la connaissance	Perfectionnement du sens clinique	Perfectionnement relations humaines	Habileté manuelle
Lombalgie	1	4	2	2	1
Bronchiolite	4	4	3	1	4
Choix du lecteur					

COURRIER

Claude PICHONNAZ,



Enseignant à l'École Cantonale Vaudoise de Physiothérapeutes (E.C.V.P.), Physiothérapeute au C.H.U.V. Lausanne.

C'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai lu "La Lettre du Cadre de Santé Kinésithérapeute" de janvier 1999 (N°11) et sa relecture en juin. C'est avec plaisir que j'ai noté que Aude Quesnot et Philippe Hugerot y faisaient référence au mémoire que j'ai réalisé lors de ma formation de cadre de santé, intitulé "*Projet d'introduction d'une initiation à la recherche dans la formation de base de kinésithérapie*".

Le compte-rendu qui en est fait par Aude Quesnot met très bien en évidence les points principaux du travail. Je tiens cependant à revenir sur la conclusion qui mentionne : "L'absence de mise en place de cette initiation à la recherche nous laisse dans l'incertitude quant à la possibilité matérielle de réalisation pratique de ce projet".

En réalité, ce projet a alimenté notre réflexion sur l'opportunité de l'introduction d'un programme de sensibilisation à la recherche à l'E.C.V.P. dès l'année 1997. Les éléments mis en évidence dans ce travail ont montré l'intérêt des différents acteurs et ont contribué à définir la place de l'initiation à la recherche dans la formation de base. Bien entendu, la confrontation avec les contraintes environnantes, l'apport des réflexions de l'équipe et l'évaluation de l'enseignement après une première expérience nous ont amenés à faire évoluer le programme en conséquence.

Afin de partager cette expérience avec vos lecteurs, je me permets de vous faire part de l'état actuel de la mise en œuvre du programme, conçu en collaboration avec mes collègues, dont principalement Claudine Marcant et Mireille Clerc, directrice de l'E.C.V.P..

Les objectifs généraux retenus visent à favoriser la démarche de réflexion, l'esprit critique ainsi que l'autonomie dans l'accès et l'interprétation des travaux de recherche. Notre but n'est donc pas de former de futurs chercheurs, mission qui ne relève pas de la formation de base, mais plutôt de favoriser chez chaque étudiant la connaissance et l'intégration de la démarche de recherche.

Dans cette optique, nous avons sélectionné les objectifs de cours suivants :

- réaliser une recherche bibliographique ;
- connaître et différencier les différentes méthodologies de recherche ;
- analyser le contenu d'un article professionnel et en apprécier les implications pour la pratique ;
- construire un protocole de recherche selon la méthodologie appropriée au type de recherche choisi ;
- choisir des outils de mesure présentant des qualités métrologiques acceptables ;
- réaliser des mesures avec rigueur ;
- transcrire les résultats de façon claire et objective ;
- discuter les résultats en rapport avec la problématique retenue.

Des liens étroits ont été mis en évidence entre la sensibilisation à la recherche et la réalisation du travail de diplôme, au cours duquel les étudiants sont appelés, selon les directives de l'École, à "construire, analyser et discuter une problématique en lien avec des cas cliniques rencontrés dans les stages de dernière année". D'une part, la sensibilisation à la recherche prend du sens dans la mesure où elle est intégrée dans un projet de l'étudiant, d'autre part, elle lui apporte des outils et une approche qui l'aident à la réalisation de ce projet.

Les deux premières années d'enseignement nous ont amenés à faire évoluer la formation en tenant compte de l'expérience acquise. Nous avons notamment pris l'option de dispenser le programme de sensibilisation sur quatre ans, et non seulement en fin de cursus, afin de favoriser l'intégration des notions et d'établir des liens avec les autres cours. Il est en effet apparu qu'un enseignement ciblé sur la quatrième année favorisait peu le développement du processus de réflexion et apparaissait aux étudiants comme très éloigné de la pratique de la kinésithérapie, ce qui était à l'inverse de nos intentions. L'échelonnement dans la temporalité permet de favoriser leur capacité de questionnement, de respecter leur processus d'apprentissage et de tenir compte de leur priorité à certains moments du curriculum.

Nous avons également orienté une partie de la sensibilisation vers la recherche qualitative. L'accès à cette dimension a semblé indispensable pour favoriser l'approche des problèmes psychosociaux, et des changements environnementaux en relation avec notre problématique professionnelle selon une méthodologie appropriée.

Par conséquent, le programme de cours se compose actuellement des matières suivantes :

- **1ère année** (3 heures) : cours sur l'organisation et l'utilisation de la bibliothèque, préparation d'une présentation de sujet nécessitant la recherche d'informations ; introduction à la rigueur de la mesure ;
- **2ème année** (5 heures) : introduction sur la recherche; recherche bibliographique (théorie et travail de mise en pratique avec explicitation de la démarche) ;
- **3ème année** (21 heures) : méthodologies de recherche ; notions de base en statistiques ; lecture critique d'article ; travail pratique : élaboration d'un protocole, prise de mesure sur dynamomètre électronique, interprétation des résultats; présentation d'une recherche par un chercheur ;
- **4ème année** (12 heures) : qualités métrologiques des outils ; analyse méthodologique.

Nous avons cherché à mettre en œuvre ce programme en utilisant des méthodes de pédagogie active dans toute la mesure du possible. La connaissance du processus de recherche ne saurait en effet rester purement théorique. L'étudiant a besoin, au travers des travaux pratiques et des liens avec le travail de diplôme, de se confronter aux difficultés de mise en œuvre, de développer son questionnement, de s'interroger sur son implication et, selon un vécu qui lui est propre, d'intégrer les étapes du processus de recherche.

Ces modalités d'enseignement sont encore appelées à évoluer en fonction des résultats de l'évaluation du programme actuel. Nous nous questionnons présentement sur les mesures à mettre en œuvre pour développer les liens entre la sensibilisation à la recherche et les autres cours, et sur les modalités à mettre en œuvre pour impliquer l'ensemble de l'équipe dans notre réflexion.

La mise en application du programme de sensibilisation a apporté quelques réponses à nos questions, et en a soulevé tout autant de nouvelles. Mais en définitive, ceci ne fait-il pas partie de l'attitude de remise en question permanente que génère la démarche de recherche ?

En conclusion, l'introduction d'une sensibilisation à la recherche ne trouve son sens qu'en coordination avec les autres composants du cursus. Elle fait partie intégrante de la formation de base et, à ce titre, doit nous stimuler à étendre la démarche de questionnement à l'ensemble du programme de formation. Ceci implique une prise de conscience et un effort considérable de formation de la part des enseignants et des moniteurs de stage, responsables de générer le questionnement chez l'étudiant. La développement d'une large culture de recherche dans notre profession est à ce prix.

PROFESSIONS SANTÉ

Le dossier du patient en masso-kinésithérapie, pour bientôt ?

Quel masseur-kinésithérapeute, quel étudiant, quel cadre n'a pas rêvé d'un dossier du patient en masso-kinésithérapie lisible par tous (y compris par les autres professionnels de santé), utile, utilisable et utilisé au quotidien. Nombre de professionnels, de services de rééducation ont réfléchi sur ce sujet, ont élaboré puis mis en place et utilisé des dossiers "locaux" efficaces.

Mais passer du dossier local échantillon au dossier commun, standardisé et utilisé pour tous les professionnels est une aventure plutôt ardue. Quels sont les facteurs qui nous bloquent dans l'écriture du dossier en masso-kinésithérapie ? Quelles sont ses particularités ? Quelles difficultés présente t-il ?

Les différentes pathologies, les différents aspects d'une pathologie, la conjugaison de plusieurs atteintes sont synonymes de besoins variables en rééducation aussi bien qualitativement que quantitativement. Cette réalité rend complexe et difficile la réalisation d'une base unique.

On rencontre ainsi une grande diversité de dossiers. Soit les dossiers sont "techniques", plus ou moins complexes, utilisés par divers professionnels, leur compréhension relève parfois d'une véritable initiation préalable et leur utilisation à des fins statistiques est aléatoire. Soit les dossiers sont "administratifs" avec une partie technique trop grossière ne permettant pas une utilisation fructueuse pour le professionnel.

Il y a une réticence des professionnels devant l'écrit. Tenir un dossier prend du temps, souvent considéré comme perte thérapeutique pour certains ou perte d'argent pour d'autres. Dans les deux cas, la réalisation d'un dossier peut être vécue comme un facteur de limitation.

Il est aussi difficile de systématiser l'écriture (pourtant garante de la traçabilité de notre métier) et encore plus difficile d'aboutir à un outil commun que chacun ait envie d'utiliser quel que soit son mode d'exercice.

C'est aux professionnels de se déterminer en travaillant avec les autres acteurs de rééducation. Le travail de réflexion entamé par l'ANAES dans ce sens devrait permettre de guider chaque professionnel dans la construction et la tenue d'un dossier du patient en masso-kinésithérapie réellement pratique et vivant.

Pour le cadre kinésithérapeute, l'enjeu est d'obtenir un outil de travail commun à tous les professionnels et à tous les apprenants, futurs professionnels. C'est aussi par là que passe la valorisation de notre profession !



Françoise BIZOUARD,
Responsable de la Chronique.

DÉCOUVERTE

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé



ANAES
159, Rue Nationale
75640 PARIS CEDEX 13
http://www.anaes.fr
Tél : 01.42.16.72.72 - Fax : 01.42.16.73.73

UNE DOUBLE MISSION : ÉVALUATION ET ACCRÉDITATION

Créée par l'ordonnance du 24 avril 1996, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé est l'héritière de l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale) dont elle développe les missions en y ajoutant, principalement, l'accréditation des établissements de santé, la nomenclature et l'évaluation des actions et programmes de santé publique.

Ses actions ont pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le secteur hospitalier public ou privé et en médecine de ville.

L'ÉVALUATION

L'ANAES conduit des études d'évaluation des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans le domaine de la santé. Pour cela, elle s'appuie, entre autres, sur l'analyse rigoureuse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels de santé (études d'évaluation technologique et économique, élaboration de recommandations et références médicales…).

L'Agence organise et/ou labellise des “Recommandations pour la pratique clinique” ainsi que des “Conférences de consensus” sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

De plus, elle développe des méthodologies pour évaluer les pratiques professionnelles, former à l'audit clinique et élaborer des programmes d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé ou en secteur libéral.

Pour favoriser l'utilisation de ses recommandations, l'ANAES réalise également un important travail de diffusion de l'information.

UN RÉSEAU DE CORRESPONDANTS PRATICIENS ET D'EXPERTS

Pour remplir sa mission d'évaluation, de recommandations et de formation, l'ANAES est dotée d'une Direction de l'évaluation et de réseaux de correspondants partenaires :

- Dans le domaine de la médecine de ville, plus de 50 correspondants régionaux de l'ANAES (2 par région), animent au niveau local des groupes de médecins au niveau local. Ils diffusent, par ce biais, les méthodologies et les recommandations que l'Agence produit.

- En médecine hospitalière, l'ANAES compte plus de 50 correspondants qui forment les professionnels à développer des démarches qualité.

Près de 4 000 experts, professionnels de santé de tous domaines, ont participé aux travaux d'évaluation et de recommandation de l'ANDEM depuis 1990, puis de l'ANAES à partir de 1996.

TRAVAUX DE L'ANAES EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE ET RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

• Recommandations et Références en Masso-Kinésithérapie. Supplément au n° 38 du Concours Médical du 16 novembre 1996 :

- Masso-Kinésithérapie dans les suites précoces de ligamentoplastie pour lésion du pivot central du genou
- Masso-Kinésithérapie dans le cadre du syndrome fémoro-patellaire non opéré
- Masso-Kinésithérapie dans les suites de méniscectomie arthrosopique
- Masso-Kinésithérapie après mise en place d'une prothèse totale de hanche
- Masso-Kinésithérapie en vue du maintien de l'autonomie des personnes âgées
- Masso-Kinésithérapie dans la conservation de l'activité ambulatoire des malades âgés.
- Masso-Kinésithérapie dans le syndrome fémoro-patellaire et les suites de méniscectomies.
- Masso-Kinésithérapie dans les lombalgies communes.

• Place respective des différentes techniques non instrumentales de désencombrement bronchique. Conférence de consensus - 2 et 3 décembre 1994.

• Prise en charge kinésithérapique du lombalgique (texte court et texte long). Conférence de consensus - 13 novembre 1998.

Des programmes internationaux

L'ANAES entretient des relations de travail permanentes avec ses homologues étrangers dans le cadre de programmes d'étude.

L'Agence participe aussi à des programmes européens et internationaux dans le domaine de l'évaluation technologique, à un projet coordonné par le Conseil de l'Europe sur l'assurance qualité dans les soins de santé et à de nombreux partenariats internationaux dans le cadre de l'accréditation.

L'évaluation à l'ANAES en quelques chiffres

- Près de 50 Conférences de consensus se sont déroulées avec l'aide de l'Agence, dont la moitié environ, a reçu son label ;
- Plus de 100 thèmes concernent les recommandations et références médicales ;
- Une vingtaine de recommandations pour la pratique clinique et une trentaine d'études d'évaluation technologique ont été publiées ;
- Des programmes d'évaluations des pratiques professionnelles ont été développés pour 14 thèmes médicaux ou infirmiers.

L'accréditation

L'ANAES est la structure qui met en œuvre la procédure d'accréditation prévue par l'ordonnance du 24 avril 1996.

L'accréditation est une procédure externe à un établissement de santé indépendante de celui-ci et de ses organismes de tutelle.

L'accréditation s'inscrit dans une logique d'amélioration continue de la qualité d'un établissement de santé. Elle accorde une place centrale au patient, à son parcours, à la coordination des soins qui lui sont apportés, à sa satisfaction.

Elle est effectuée par des professionnels qui évaluent le fonctionnement, les pratiques dans leur ensemble et, le cas échéant, les services et les principales activités de l'établissement.

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent s'engager dans cette démarche.

L'ANAES conduit la procédure d'accréditation. Elle établit les référentiels (voir ci-dessous) avec tous les acteurs du système de santé, crée et fournit les outils d'analyse, organise la démarche et la met en œuvre.

Pour en savoir plus...

Afin de rendre les travaux de l'ANAES encore plus accessibles, l'Agence a créé son propre site sur Internet. Progressivement, ce site permettra de consulter et de commander en ligne l'ensemble des travaux de l'Agence. Les textes les plus longs pourront être téléchargés gratuitement.

Le service Diffusion de l'Agence, sur demande écrite, permet de commander les ouvrages de l'ANAES (contact : Francine Doré).

Les référentiels du manuel d'accréditation

I Le Patient et sa prise en charge
1. Droits et information du patient
2. Dossier du patient
3. Organisation de la prise en charge des patients

II Management, gestion et logistique
1. Management de l'établissement et des secteurs d'activité
2. Gestion des ressources humaines
3. Gestion des fonctions logistiques
4. Gestion du système d'information

III Qualité et prévention
1. Gestion de la qualité et prévention des risques
2. Vigilance sanitaire et sécurité transfusionnelle
3. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

PARCOURS D'UN CADRE KINÉ



Quel est votre parcours professionnel ?

Au début de mes études de kinésithérapie, j'étais plutôt orienté vers l'ostéopathie puis, en arrivant en troisième année, je me suis rendu compte qu'il me manquait des informations. Exerçant à l'hôpital à mi-temps, j'ai fait un D.E.U.G. de Sciences de la Nature et de la Vie à Jussieu à Paris, que je n'ai pas achevé, mais j'ai validé des unités de valeur dans les domaines des statistiques, des mathématiques et de l'organisation du monde animal, de manière à compléter ma formation de kinésithérapeute et m'orienter vers un diplôme de biomécanique. J'ai ensuite fait l'école des cadres pour obtenir un pont universitaire, puis un diplôme universitaire de biomécanique et un D.E.A. de biomécanique aux Arts et Métiers.

J'ai toujours exercé mon métier, mis à part le temps de l'école des cadres de “Bois-Larris”. J'ai fait mon service militaire au bataillon de Joinville car je suis très orienté vers la kinésithérapie du sport. Mon objectif est d'effectuer des évaluations, et peut-être plus tard de travailler dans un centre, d'effectuer des mesures pour éventuellement élaborer des standards pour la profession. Suite à une bourse d'étude à l'étranger offerte par l'ANDEM en 1993, je travaille actuellement une journée par semaine à l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), je passe donc une partie de mon temps à développer des outils d'évaluation qui pourraient être utiles à la profession de kinésithérapeute.

Vous exercez aussi dans votre cabinet de ville, quel est l'intérêt d'être formé cadre pour le libéral ?

Cette formation m'a permis de varier mes activités, d'avoir une partie d'enseignement en Université, notamment en diplôme universitaire de biomécanique ou en kinésithérapie du sport. Ceci est un abord intéressant puisqu'il permet aussi de me confronter avec d'autres professionnels et d'accroître mon réseau de connaissances professionnelles.

Cette formation m'a permis aussi d'acquérir une démarche structurée pour élaborer les protocoles de recherche et d'avoir une vision plus scientifique de la démarche kinésithérapique. Il a fallu certainement se remettre en cause puisque ces formations sont assez éprouvantes quand on commence. Il est difficile de “casser” des *a priori* que l'on peut avoir dans sa pratique quotidienne où l'on est confronté à des patients malades qui se plaignent et qu'il faut essayer de guérir, ou en tout cas de soigner le mieux possible. Mais cet enrichissement entre pratique et théories que j'ai pu acquérir, m'a permis d'améliorer la prise en charge de mes patients.

Qu'est-ce qu'un kinésithérapeute fait à l'ANAES ?

Je suis à l'ANAES dans la branche *Évaluation*. Nous cherchons à développer des outils et des axes d'évaluation et de recommandations pour les professions non médicales. L'ANAES travaille avec des professionnels de terrain qui partagent une partie de leur temps entre l'agence et leurs activités pour rester évidemment en contact avec les professionnels et ne pas élaborer des recommandations qui viendraient de têtes pensantes ne pratiquant plus. Mon rôle est d'encadrer des confrères pour élaborer des recommandations dans le domaine de la pratique de la rééducation. Dans l'avenir encore d'autres kinésithérapeutes seront incorporés à l'agence, et des chargés de projets kinésithérapeutes vont être formés pour développer des recommandations pour la kinésithérapie.

Au regard de cette démarche d'évaluation et de la méthodologie que propose l'ANAES, comment se situe la kinésithérapie d'après vous ? Quels seraient les efforts à faire, les acquis sur lesquels se reposer parce-qu'elle a déjà mis en place de telles procédures ?

Je crois qu'il est difficile d'attaquer le problème par ce côté là. Je crois surtout qu'il faut que les professionnels se rendent compte qu'ils doivent acquérir cette démarche d'évaluation et se tourner vers la *qualité* qui est une amélioration continue. C'est surtout un processus à assimiler, ça prend un peu de temps pour motiver tous les professionnels dans ce sens là, puisque certains se rassurent en pratiquant des gestes identiques et ne veulent plus évoluer. La démarche de l'ANAES est normalement un pro-

cessus d'évaluation : on essaie de mesurer son état à un niveau A, on apporte une information nouvelle, et on regarde si on a modifié l'état de niveau A en mesurant le résultat après l'apport de cette information nouvelle. Maintenant à propos de la kinésithérapie, pour l'instant le problème c'est l'aspect individuel de la profession ; il faut que les professionnels se regroupent de plus en plus de manière à travailler ensemble et à avoir du poids dans leurs publications.

Est-ce que les cadres kinés, en tant qu'entité, peuvent jouer un rôle ? Et lequel ?

Oui, il y a deux réponses puisque la profession de cadre a changé récemment. Les anciens kinésithérapeutes avaient une formation technique, pour beaucoup de kinés c'était le moyen pour eux d'obtenir une sorte de quatrième année - même si ce n'était pas tout à fait le cas - d'essayer de s'améliorer dans la technologie. Et puis là, il y a eu un virage, on forme des kinésithérapeutes qui seraient plus gestionnaires. Je pense qu'il faut essayer de trouver un équilibre entre ces deux formations : les anciens formés pourraient peut-être servir de référents s'ils sont compétents dans un domaine ou dans une spécialité. Pour les gestionnaires, ce serait alors à eux d'organiser les relations entre professionnels, de manière à structurer et à être des points d'appui ou de convergence pour les professionnels de terrain.

La profession compte de nombreuses publications, mais on sait que la plupart d'entre-elles sont peu valides, soit parce-qu'il n'y a pas de groupe contrôle, soit les groupes n'ont pas été randomisés, ou alors même on note des "N=6"... N'est-il pas possible de diffuser des méthodologies de recherche clinique en kinésithérapie, avec critères minimum de validité (par exemple N=x, une étude clinique doit être menée avec un groupe contrôle dans tel cas...) ? Ne pourrait-on pas, à partir de méthodologies déclarées donc reproductibles, créer des systèmes de recherche multicentriques qui limiteraient ces dynamiques artisanales et peu valides venant alourdir la littérature pour un niveau de preuve insuffisant ?

Pour la première question, ces outils existent déjà pour les kinésithérapeutes. Il faut s'informer, il y a des revues, des livres (par exemple l'ouvrage de Landrivon et Delaye intitulé "La recherche clinique : de l'idée à la publication" aux éditions Masson). Aux kinésithérapeutes de les lire et de les adapter pour la profession.

En ce qui concerne les grades de preuve, on les module en fonction du thème étudié. C'est clair que pour la lombalgie il est plus facile de faire du recrutement que si on étudie des patients souffrant de pathologies rares. En médecine, le problème est le même : il existe des pathologies très rares de 3 ou 4 cas par siècle et il faut pourtant bien soigner ces patients ; on n'attend pas d'avoir une population plus conséquante. Pour les professionnels, il faut certainement développer des outils de mesure et les faire valider en France. Cela existe, des méthodes existent et ce n'est pas très compliqué à mettre en place. Mais quand on demande aux écoles ou centres de faire des standards de mobilité pour des gens qui ont mal à l'épaule, suivant des tranches d'âge etc, on attend encore leur publication... On cherche surtout à développer sa connaissance technologique, on accroît ses outils thérapeutiques, mais les outils diagnostiques sont souvent peu développés.

Il ne faut donc pas trop dire qu'on ne sait comment faire, je crois qu'au départ il faut se former et trouver l'information. Heureusement que certains confrères nous ont ouvert des portes d'Université pour que d'autres puissent s'y engouffrer. Maintenant, le diplôme de Cadre de Santé Kinésithérapeute nous a fermé quelques accès en Universités et laboratoires de recherche car on n'a plus d'équivalence pour entrer dans des diplômes de troisième cycle. Ce sera certainement un frein pour se doter de référents parmi les kinésithérapeutes dans les années à venir. Et on sera obligé de solliciter les gens déjà en place, qui ont déjà d'autres activités et qui seront peut-être un peu las puisqu'ils ont consacré déjà beaucoup de leur temps pour obtenir ces diplômes. Peut-être que dans l'avenir la kinésithérapie sera universitaire, il y aurait alors plus de facilités d'accès à ces diplômes de recherche. En France, c'est ce qui va bloquer le plus dans les prochaines années. Si les kinés se regroupent, s'ils s'associent avec les professionnels déjà formés, s'ils essaient de trouver l'information, s'ils essaient de mener des études avec d'autres, en essayant de publier, effectivement alors on améliorera nos connaissances scientifiques et on développera ces outils. Mais c'est évident : on a du retard sur les pays comme le Canada, l'Australie, la Scandinavie, les États-Unis...

En sachant que les vieux cadres dont vous parlez seront peu en 2015 !

C'est pour ça qu'il y a des choses à faire actuellement. Il faut aussi laisser aux kinés le choix de trouver leurs propres outils. Il y a peut-être d'autres moyens de valider nos résultats.

En termes de points faibles, de points forts, d'après vous ?

À mon avis, le fait que les kinésithérapeutes travaillent de manière individuelle est un point faible, car ils ont peu de poids dans les décisions professionnelles ou politiques qui peuvent être prises. Cela s'explique par le fait que le thérapeute s'implique lui-même dans le traitement, cela demande donc un gros effort de sa part pour se remettre en question, pour s'exposer aux autres et dire : *"Bon, moi, je fais comme ça, qu'en pensez-vous ?"* Ce problème là, il faudra éventuellement le résoudre en montrant qu'il n'est pas seul à avoir des soucis et qu'en fait, c'est parfois en partageant ses préoccupations que l'on peut arriver à trouver des solutions.

Un autre problème est la communication interprofessionnelle, avec le prescripteur surtout. Il n'y a pas de lien généralement entre les prescriptions médicales et les rééducateurs. Ce qui est d'abord gênant pour le patient, car la plupart du temps il ne comprend pas pourquoi telle personne pense ça et telle autre pense ceci. Mais aussi pour les professionnels, quand le médecin qui reçoit le patient fixe les objectifs dans un sens et que le kiné a travaillé dans une autre direction, ça ne donne pas de cohérence au traitement pour le patient, et ça ne donne pas une bonne image de la profession.

Ce sont des points faibles que les gens connaissent bien en kinésithérapie. Il faudra les résoudre.

Maintenant les points forts. Le premier est que l'on est très aimé des patients. Il y a un aspect professionnel qui fait que les patients aiment bien leur kinésithérapeute. Si vous partez en vacances et que vous dites que vous êtes kinésithérapeute, vous vous ferez des amis plus facilement, et ils vous exposeront volontiers leurs problèmes. En général, notre image sur les patients n'est pas encore suffisamment utilisée, à mon avis. Les syndicats n'ont peut-être pas fait assez d'actions vers les patients pour défendre la profession. Peut-être que ce n'est pas évident non plus, mais je crois en tous cas qu'on fait partie des trois premières professions préférées des français. Il y a des efforts à faire dans cette voie là pour se servir de cet appui qui pourrait être fort au niveau politique. Ce sont quand même eux qui votent pour les hommes politiques...

Le deuxième point fort est la jeunesse de la profession. Nous n'avons pas encore de gens qui dirigent ou qui dominent la profession. Il nous reste donc une certaine liberté qui pourrait être intéressante pour développer de nouvelles bases et faire avancer la profession. Nous ne sommes pas paralysés par le poids du passé, d'une tradition passée. La jeunesse de notre profession doit être un élément positif : les étudiants actuels et les nouveaux diplômés feront la kinésithérapie du 21° siècle, et c'est vers eux qu'il faut se tourner pour le moment. Si les formateurs veulent que la kinésithérapie s'améliore, ils doivent surtout penser à eux. Je parle pour les cadres, car beaucoup d'entre-eux lisent La Lettre. Il faut qu'ils modèlent la kinésithérapie de l'avenir auprès de leurs étudiants, car ce sont eux qui la feront avancer.

De l'*idée* à la recherche, n'a-t-on pas trop souffert en kinésithérapie - par complexe ou autre - d'une méthode scientifique se privant de l'idée initiale ? Dans la démarche scientifique, il y a d'abord une idée qui relève autant de l'imagination, de la création, d'*envie* (pourquoi pas ?), n'a-t-on pas négligé cela, qui est important dans notre profession ?

Il ne faut pas confondre *recherche* et *évaluation*, c'est souvent un problème dans notre profession. La recherche, c'est une hypothèse que l'on teste et on essaie d'avoir une réponse par rapport à cette hypothèse, qui en général ne répond pas complètement à l'hypothèse et pose alors d'autres hypothèses. On peut se poser différentes questions, on peut fixer des objectifs, mais il faudra utiliser les bonnes méthodes après.

L'évaluation est simplement une mesure qualitative ou quantitative qu'on essaie d'exprimer par chiffres sans interpréter. On développe des outils pour pouvoir mesurer ce que l'on cherche à mesurer.

Formation et recherche sont indissociables. Comment les instituts de formation initiale et de cadres peuvent participer à cette recherche ?

On peut segmenter les choses en deux niveaux :

- Il y a la recherche qui peut être effectuée dans l'institut par les enseignants eux-mêmes. Mais la plupart du temps, elle ne dépassera pas un niveau très important car la recherche en elle même est une activité pluridisciplinaire qui met en relation des physiciens, des informaticiens, des ingénieurs, des bio-statisticiens, des kinésithérapeutes, des médecins, des épidémiologistes... donc un groupe très important que l'on ne peut pas toujours trouver dans les écoles de kiné. Mais si on arrivait à accéder à l'Université, alors on pourrait atteindre des professionnels de ce type.

- Et la recherche qui peut être développée dans l'enseignement, le plus tôt possible pour l'étudiant pour lui permettre de développer son esprit critique. Prenez un étudiant qui a passé une année à préparer un concours kiné avec une formation scientifique, généralement un bac de Sciences de la Nature et de la Vie, faites lui passer le concours d'entrée dans l'école de kiné, vous pouvez alors présumer qu'il est d'un bon niveau scientifique. Vous le retrouvez en fin de 1° année de kinésithérapie et vous vous demandez si c'est le même étudiant car il n'a pas du tout pris de recul par rapport aux informations qui lui ont été délivrées. Il ne fait que restituer ce qu'il a appris sans aucune réflexion. Si on veut vraiment former les gens en améliorant notre technique manuelle, il faut que l'étudiant ait tout de suite cette démarche d'interpréter ce qu'il fait, de l'évaluer, de remesurer ce qu'il a fait et d'avoir toujours ce processus d'analyse. Il l'acquiert en général par la suite, mais c'est une perte de temps énorme.

C'est aussi une perte de temps pour l'amélioration de l'enseignement de ne pas avoir mis en place très tôt des outils de mesure. Cela existe dans tous les pays anglo-saxons : en première année dès les premiers T.D. de goniométrie, tous les étudiants mesurent trois même sujets. À la fin du T.D., on calcule une moyenne, un écart type pour relater les écarts inter et intra-observateurs entre les mesures, et essayer de comprendre les problèmes. L'étudiant sait donc à la sortie comment utiliser l'outil, pour quoi l'utiliser et quelles sont ses limites de mesure. Actuellement en France, en T.D. de goniométrie, les étudiants vont limiter des repères, vont s'embêter méthodologiquement à bien poser l'outil, puis seront contents d'être vite notés pour avoir leur diplôme, pour faire tout à fait autre chose.

On fait des évaluations pour prouver l'efficacité des techniques, ou faire des recommandations selon différents grades. Est-ce que tout *peut* être prouvé et est-ce que tout *doit* être prouvé ?

Non. La réponse est non puisque 15 à 20% de la pratique médicale est basée sur des faits scientifiques avérés et le reste ne l'est pas. Donc, pour la kinésithérapie, on est peut-être un peu en dessous, mais c'est exactement le même chose. Par contre d'un autre côté, il y a des choses scientifiquement validées et que les professionnels ne peuvent ignorer.

C'est surtout dans cet axe là que travaille le service d'évaluation de l'ANAES : diffuser des informations scientifiquement validées que les professionnels ne peuvent plus ignorer, pour ne pas ralentir la guérison du patient ou allonger le traitement kinésithérapique, voire même aggraver le patient.

De la même façon, peut-on, et *doit*-on tout évaluer, mesurer ?

Par rapport à la kinésithérapie, la Joconde ou Claudia Schiffer ?

Il y a peut être quelque chose de comparable...

La kinésithérapie est évidemment double : il y a un aspect technique basé sur des faits scientifiques mais aussi un côté relationnel, la communication avec le patient et la manière de communiquer. Cela est réparti d'une manière complètement différente et paraît beaucoup plus difficile à évaluer. La communication, le don de pouvoir passer un message à un patient, la façon d'établir un contact est la partie de la profession la plus difficile à évaluer.

D'un autre côté, les bases scientifiques sur lesquelles repose la profession peuvent être mesurées mais c'est aux professionnels de trouver les moyens de le faire. Il est clair que nous pratiquons un art manuel ; dans ce cas il y a des choses qui se passent au-delà de l'acte technique, et qui sont plus difficiles à mesurer. Il ne faut pas être arrêté par cela, car en général quand on ne veut pas mesurer les choses, ça laisse la place au charlatanisme.

Pour nombre de nos confrères l'ANAES est vécue comme un risque, plutôt que comme un élément favorisateur. Que pensez-vous de ces craintes ?

L'ANAES conduit deux actions distinctes : une mission *accréditation* et une mission *évaluation*. L'une va évaluer les pratiques professionnelles, les coûts professionnels, la technologie, dans différents secteurs d'activité. L'autre, l'accréditation, va permettre aux hôpitaux de répondre à des standards de qualité. C'est donc une remise en cause de la pratique de beaucoup de personnes qui ont évidemment peur qu'on s'arrête sur des pratiques peut-être périmées ou peu efficaces. Je pense qu'il faut rester

serein puisque ce sont les professionnels qui vont normalement élaborer leur manuel d'accréditation ; ils ont donc une grande liberté pour pouvoir répondre aux critères et aux paramètres par eux-mêmes. C'est comme ça que les choses vont s'améliorer petit à petit.

La chance pour eux est que l'ANAES est indépendante, même si des pressions s'effectuent à différents niveaux. Je pense que cette dynamique permettra aux professionnels d'évoluer et de faire reconnaître des activités professionnelles. Et pour le patient, c'est évidemment une garantie de meilleure qualité des soins. Pour les professionnels aussi d'ailleurs, il faut se rendre compte qu'il ne faut plus avoir une attitude corporatiste, mais une attitude d'efficacité ou en tous cas de fonction par rapport au patient, par rapport à son utilité professionnelle. Et si les professionnels restent sur une attitude corporatiste, ils ne survivront pas, parce que les gens qui prendront des décisions les écouteront encore moins. Si on a une attitude professionnelle tournée vers le patient et ses bénéfices, comme je le disais en introduction, les répercussions politiques seront intéressantes aussi, car si les patients sont contents, ils voteront pour les gens qui sont en place - c'est bien-sûr un raccourci mais c'est aussi dans cette optique là qu'il faut le voir - et les professionnels seront mieux évalués et on s'intéressera plus à eux.

Cette démarche d'évaluation se présente alors plus comme une chance pour la profession.

Oui, c'est sûr que c'est une chance. Il faut regarder ce qui s'est passé surtout à l'extérieur puisqu'on peut voir l'autonomie qu'ont pris les autres professions depuis qu'elles se sont tournées vers l'évaluation. À la fin des années 70, les prescriptions en rééducation pour entorse de cheville dans les pays anglo-saxons, c'était : "Appliquer de la glace pendant 15 minutes, pratiquer les ultrasons, faire du renforcement musculaire des péroniers". Les prescriptions actuelles sont simplement rédigées ainsi : "rééducation de l'entorse de la cheville" et laissent le choix des techniques au kinésithérapeute. Ceci parce qu'à la fin des années 70, les kinésithérapeutes se sont réunis et se sont dit : "*On va montrer qu'on est capable de faire autre chose que ça*", ils ont envoyé un compte-rendu à la fin de chacun de leur traitement au médecin prescripteur, en expliquant "*Voilà ce que j'ai trouvé, voilà ce que j'ai fait et voilà les résultats de mon traitement*". Le médecin prescripteur n'osait alors plus prescrire les actes thérapeutiques car il se rendait bien compte qu'il ne pouvait pas être quotidiennement auprès du patient et donc il ne pouvait pas prescrire des actes de rééducation journellement adaptés.

Dans ce qui peut et doit être prouvé, les cadres ne peuvent-ils pas jouer un rôle important, puisqu'ils disposent de cohortes de patients plus importantes, puisqu'ils sont moteurs d'activités thérapeutiques et de recherche (une des missions de la Fonction Publique, donc de chacun des sites hospitaliers), et parce-qu'ils ne sont pas seuls.

Existe-t-il une responsabilité particulière du cadre de terrain dans cette recherche de preuve ?

Pour ma part, j'en suis complètement convaincu. Je pense même que la plupart des cadres ont envie de le faire et qu'ils sont motivés, qu'ils ne sont pas réfractaires à cette idée. Leur difficulté est l'organisation et le groupe professionnel qui pourra gérer et orienter ce travail. On veut bien le faire, mais il faut quand même être un peu aidé et partager les informations avec une équipe ou avoir des éléments moteurs qui puissent lancer cette activité. On n'a peut-être pas encore ces leaders qui pourraient lancer le mouvement, améliorer la communication, faire circuler l'information au niveau professionnel. C'est pratiquement un travail à temps plein, et on a pas encore les moyens au niveau professionnel d'avoir ce genre d'organisme. Pour le moment, on compte surtout sur la bonne volonté et le temps extra-professionnel puisque les cadres ont aussi beaucoup de travail dans leur centre. On est donc surtout bloqués par ça.

Maintenant, si à travers des journaux, des relations ou des rencontres professionnelles régionales et nationales les gens arrivent à créer une sorte de tissu professionnel où partager, se répartir les tâches, peut-être qu'on construirait une entité plus consistante avec l'aide des salariés. Pour le moment, les professionnels sont en manque de ce catalyseur, des éléments moteurs qui permettraient d'amplifier ce mouvement.

Voulez-vous ajouter autre chose ?

Au niveau professionnel, je cherche personnellement à faire bénéficier les patients d'une meilleure kinésithérapie. J'ai choisi mon camp et c'est celui du patient. Même si j'aime beaucoup mon métier et la kinésithérapie, il faut parfois peut-être couper certaines parties de notre profession peu efficaces, où même dangereuses, et étendre certaines branches qui sont sûrement plus efficaces.

Je suis pour développer l'activité du kinésithérapeute, j'ai voulu être kinésithérapeute depuis l'âge de 11 ans et je n'ai jamais changé d'opinion. J'ai toujours essayé de développer, d'acquérir de nouvelles informations pour m'améliorer et faire bénéficier mes patients d'une meilleure kinésithérapie. Je pense que cette démarche là sera plus efficace qu'une démarche corporatiste où l'on cherche à tout prix à s'accrocher aux branches sur lesquelles l'on nous laissera tranquillement accroché sans aucun regard.

Entretien réalisé le 14 novembre 1998.

MÉMOIRES CADRES

Évaluation du kinésithérapeute.

Les établissements de santé publics et privés sont en pleine phase de mutation et cherchent des outils, des moyens et du temps pour s'adapter aux exigences de l'Ordonnance d'avril 1996 en matière de démarche qualité. Dans les priorités définies, se situent la prise en compte de l'avis des usagers et l'évaluation des compétences individuelles.

Deux mémoires réalisés par des élèves Cadres de Santé ont abordé le thème de l'évaluation des masseurs-kinésithérapeutes. Ces travaux concourent à une démarche qualité interne à la structure de soins et mettent en exergue l'évaluation des masseurs-kinésithérapeutes par leur hiérarchie administrative, et par les patients.

• **En 1999, Bernadette Wiechec,** dans son mémoire intitulé "Élaboration d'une grille d'évaluation annuelle des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers par une méthode de consensus" (Croix-Rouge Française - I.F. "Bois-Larris"), souhaite élaborer une grille de critères consensuels d'évaluation dans différents domaines de compétence pouvant servir de base pour un entretien d'évaluation grâce à une démarche participative et évolutive.

Ses hypothèses de départ sont au nombre de deux :

- Les professionnels notant les agents ont des avis divergents sur les critères d'évaluation.

- Les compétences professionnelles représentent le domaine de compétence prévalant de l'évaluation des masseurs-kinésithérapeutes par rapport aux autres domaines.

Compte-tenu de la complexité de la tache, Bernadette Wiechec a effectué une enquête auprès de 23 experts. Cette enquête de type Delphi s'est déroulée en 4 phases :

- L'étape préliminaire s'est déroulée au cours d'une réunion entre les étudiants cadres de sa promotion et un cadre infirmier. Une intercommunication rotative a permis de définir la question cadre ainsi qu'une liste de 5 domaines de compétence à la base du questionnaire instauré.

La question cadre est : *"Quels critères souhaiteriez-vous trouver sur la feuille d'évaluation annuelle des masseurs-kinésithérapeutes travaillant dans un hôpital public?"*.

Les cinq domaines de compétences retenus sont :

- les compétences professionnelles,
- l'implication dans le service ou dans l'établissement,
- la relation avec le patient,
- la relation avec l'équipe,
- les qualités personnelles.

- Première étape encore appelée *première ronde* :

Le questionnaire, sur lequel figurait la question cadre et les domaines de compétences sélectionnés, a été envoyé à 23 experts ayant préalablement donné leur accord : un directeur d'établissement public, un directeur d'établissement privé, un directeur d'institut de formation en masso-kinésithérapie, deux directeurs des ressources humaines, un sociologue, quatre cadres supérieurs en masso-kinésithérapie et treize cadres de santé en masso-kinésithérapie.

Le taux de réponse est de 65,21%.

Pour chaque domaine de compétence, toutes les propositions ont été recueillies et leur fréquence d'apparition chiffrée :

- compétences professionnelles : *31 critères* ;
- implication dans le service ou l'ets. : *24 critères* ;
- relation avec le patient : *25 critères*.
- relation en équipe et qualités personnelles : *18 critères*.

- Deuxième étape ou *deuxième ronde* :

Un deuxième questionnaire a été réalisé. Il comprend 3 colonnes avec au sein de la 1° les réponses colligées, au sein de la 2° la fréquence d'apparition de celles-ci et une 3° colonne vierge réservée aux commentaires des experts.

Le taux de réponse à ce questionnaire est de 100%.

Une analyse par domaine de compétence puis pour chacun des critères a été effectuée par Bernadette Wiechec.

- Troisième étape ou *troisième ronde* :

À l'issu de l'analyse, une liste consensuelle de 40 critères d'évaluation répartis en 5 domaines de compétence a été adressée aux experts pour être pondérée. Il a également été demandée une hiérarchisation, pour chaque domaine de compétence, en conservant uniquement 4 critères.

Le taux de retour est de 100%.

En dépit de quelques biais méthodologiques mineurs, une analyse des échelles de pondération et de classement des critères séparée puis comparative a permis de retenir les critères composant une grille (voir page suivante).

La grille ainsi établie s'utilise avec 2 échelles standardisées : une échelle quantitative basée sur la fréquence (*jamais*, *rarement*, *souvent* et *toujours*) et une échelle de Likert permettant au répondant d'exprimer son opinion (*désaccord total*, *partiel*, *accord partiel* ou *total*).

L'auteur rappelle que la 1° hypothèse "les professionnels notant les masseurs-kinésithérapeutes avaient des avis divergent sur les critères d'évaluation" n'est pas vérifiée.

La 2° hypothèse "Les compétences professionnelles représentent le domaine prévalant de l'évaluation par rapport aux autres domaines" est partiellement vérifiée.

GRILLE D'ÉVALUATION
ANNUELLE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

• **Compétences professionnelles :**

a- Capacité à utiliser l'ensemble des techniques de kinésithérapie, à intégrer les nouvelles techniques et à s'adapter au cas évolutif d'un patient.

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

b- Capacité d'organisation : sait hiérarchiser les besoins en fonction des nécessités.

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

c- Capacité à évaluer et à réajuster ses prises en charge (utiliser les outils d'évaluation).

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

d- Capacité à élaborer des bilans précis et rigoureux, adaptés à chaque patient.

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

• **Implication dans le service ou dans l'établissement**

a- Respecte les règles d'hygiène.

↓ Jamais ↓ Rarement ↓ Souvent ↓ Toujours

b- Propose des initiatives dans l'organisation et le fonctionnement du service dans la limite de ses compétences.

↓ Jamais ↓ Rarement ↓ Souvent ↓ Toujours

c- Est une force de proposition pour le service ou l'établissement (protocole de soins, conseils...).

↓ Jamais ↓ Rarement ↓ Souvent ↓ Toujours

d- Applique les procédures, les protocoles et les nouveaux référentiels mis en place dans le service.

↓ Jamais ↓ Rarement ↓ Souvent ↓ Toujours

• **Relations avec le patient :**

a- A le droit de réserve, respecte le secret professionnel.

↓ Jamais ↓ Rarement ↓ Souvent ↓ Toujours

b- Est soucieux des demandes, des attentes, des besoins et des remarques du patient.

↓ Jamais ↓ Rarement ↓ Souvent ↓ Toujours

c- Capacité pédagogique (capacité d'expliquer au patient ce que l'on fait avec un vocabulaire adapté).

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

d- Établit des relations de qualité avec le patient (gentillesse, patience, amabilité...).

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

• **Relation avec l'équipe :**

a- Respecte les règles de fonctionnement élaborées en commun (horaire, organisation du travail).

↓ Jamais ↓ Rarement ↓ Souvent ↓ Toujours

b- Collabore avec les partenaires de la prise en charge.

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

c- Effectue des transmissions écrites dans le cadre d'un projet de soin personnalisé.

↓ Jamais ↓ Rarement ↓ Souvent ↓ Toujours

d- Participe à la planification et à la répartition de la charge de travail (remplacements des congés, formations).

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

• **Qualités personnelles :**

a- Fait preuve de curiosité professionnelle.

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

b- Esprit constructif, positif.

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

c- A un esprit d'analyse et de synthèse.

↓ Désaccord Total ↓ Désaccord Partiel ↓ Accord Partiel ↓ Accord Total

d- Fait preuve de disponibilité.

↓ Jamais ↓ Rarement ↓ Souvent ↓ Toujours

WIECHEC, B. Élaboration d'une grille d'évaluation des masseurs-kinésithérapeutes hospitaliers par une méthode de consensus. Mémoire Cadre. IF "Bois-Larris", 1999.

<u>En résumé</u>, Bernadette Wiechec met en exergue le fait que cette grille d'évaluation est un moyen de faciliter l'entretien d'évaluation, même si il persiste une part de subjectivité. L'auteur rappelle que la finalité de l'entretien d'évaluation est de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de devenir les acteurs de leur propre évolution professionnelle afin de répondre aux besoins des patients.

• **<u>En 1998, Renaud Dudouet,</u>** dans son mémoire intitulé "Évaluation du kinésithérapeute par une population de moyen-séjour" (Croix-Rouge Française - I.F. "Bois-Larris") cherche à déterminer quelle opinion les personnes rééduquées hospitalisées se font du kinésithérapeute.

Trois hypothèses sont prononcées :

- Dans un service de moyen séjour, les patients considèrent les kinésithérapeutes comme ayant un rôle spécifique par rapport aux autres soignants.

- Les MK ont des relations privilégiées avec les patients.

- Les patients attendent beaucoup de la kinésithérapie.

La méthodologie exploratoire utilise l'interview personnalisé. 25 patients, âgés de 43 à 94 ans, tous en mesure de comprendre et de répondre aux 13 questions élaborées à l'avance, ont participé à l'étude.

Le temps de l'interview volontairement non restreint s'est étalé entre 10 et 60 minutes.

Deux patients ont refusé de répondre, voyant là un esprit de délation par rapport au personnel.

L'auteur, pour chaque question, a sélectionné les mots-clés et leur fréquence d'apparition.

Malgré les nombreux biais de l'étude (certains cités et discutés par l'auteur), l'auteur met en évidence les éléments suivants :

- Le rythme de la journée est essentiellement lié aux heures des repas et de la toilette.

- Les critères d'insatisfaction sont principalement le manque de temps consacré par le personnel à chaque patient.

- Le kinésithérapeute est bien perçu comme un thérapeute, mais également souvent comme un animateur.

- L'objectif premier des patients est de rentrer au domicile, les séances de rééducation étant en cela un moyen.

- Le temps de rééducation consacré aux patients paraît globalement suffisant, mais il persiste une connotation négative (trop d'attente, trop de patients...).

<u>En résumé</u>, Renaud Dudouet souligne la difficulté à obtenir des réponses instructives. Cette difficulté provient soit de l'âge des patients, soit d'une peur de représailles, soit tout simplement d'une difficulté de compréhension des questions.

Il insiste cependant sur l'importance de l'avis du patient qui peut amener la qualité des soins à s'améliorer à condition d'utiliser efficacement et de façon adaptée les outils de communication.

• **<u>En conclusion</u>**, même si toute évaluation, qu'elle soit instaurée par la hiérarchie administrative ou qu'elle soit proposée par l'intermédiaire des patients, peut spontanément paraître contraignante pour le masseur-kinésithérapeute, les auteurs de ces mémoires insistent sur le fait que l'objectif principal est de permettre aux évalués de s'investir dans leur évolution professionnelle afin de mieux s'adapter aux besoins des patients.



Aude QUESNOT,
Responsable de la Chronique.

FORMATION

Formation en masso-kinésithérapie, déficience visuelle et pédagogie ou comment inventer une vidéo intérieure.

par :
Hervé COCHET,
C.S.K., formateur en I.F.M.K. et I.F.C.S., Paris.
Marjory PALUMBO,
M.K. à la Fondation Rothschild, Paris.

“Comment faites vous pour enseigner l’anatomie à vos étudiants mal et non-voyants ?” Cette question abrupte me tombe dessus à quelques minutes de la fin d’une réunion concernant la place de l’enseignement du rachis dans nos études. “Il faudra nous le dire pour que nous le mettions en place rapidement chez nous, avec nos étudiants (voyants) !” Curiosité ? Recherche pédagogique ? Ouverture d’esprit ? À n’en pas douter une volonté d’avancer, de transférer se manifeste ici ! Ce qui est utile à une minorité présentant une difficulté supplémentaire est sans doute bénéfique à une majorité. Mais qu’est-ce qui est transférable ? Comment faisons-nous effectivement avec nos étudiants déficients visuels ? Est-ce simple et immédiat ? Et surtout, sont-ce des façons de faire (procédures), ou des façons de penser (processus) ? Essayons d’écrire quelques lignes sur une pratique pédagogique rebelle à la description.

MATÉRIEL

Lorsque l’on pense déficience visuelle, on pense tout d’abord livres braille et cassettes audio, supports contenant les savoirs les plus stables : anatomie, testing, terminologie médicale par exemple. Mais ces vieux clichés sont issus de l’ “aveuglisation” systématique de tout le monde alors que la liste du matériel manié par les étudiants déficients visuels est devenue bien plus longue aujourd’hui : ordinateurs portables, disquettes, zip, plages tactiles, synthèses vocales, scanner, photocopies agrandies et en relief, téléagrandisseurs et vidéoagrandisseurs, minidisque, logiciels de conversion d’écriture visuelle en écriture braille, de grossissement de caractères, de dictée vocale... Une forêt de possibilités informatiques et électroniques dans laquelle il est facile de se perdre mais où chaque déficience visuelle trouvera de quoi améliorer ses capacités d’écriture, de lecture et d’archivage. Cette richesse de matériel adapté demande réflexion, conseils, apprentissages, temps et n’exclut pas le concours humain “bien-voyant”, indispensable pour lire, rechercher, trier, vérifier... du moins au début. Ainsi, l’accessibilité et le traitement aisé de l’information sont les premières dimensions pédagogiques à réfléchir avec chacun, d’autant plus qu’elles nécessitent un budget non négligeable. Et si la vue évolue pendant les études ? Adaptation, énergie, difficultés...

Ensuite, on pense squelette, écorché, boîte d’os, modèle mécanique, maquette... c’est-à-dire apprentissage par le toucher, la manipulation. Effectivement, dans nos écoles, ces objets existent et circulent de mains en mains. Les étudiants proposent volontiers des “trucs”, transforment leur “cercueil” en un théâtre de marionnettes avec élastiques, pâte à modeler et liens divers jouant le rôle de ligaments et de muscles... Et on palpe, on “rame”, on monte et démonte mais quand ces modèles quittent les mains, que reste-t-il dans les têtes, où en est la représentation ?

Il y a bien entendu le dessin : tableau noir pour craie blanche et tableau blanc pour marqueur noir (affaire de contraste...), ou bien le dessin relief en thermoforme, collage ou feuille plastique à palper. Mais comment choisir le degré de précision ? Et l’un voit ceci, l’autre voit cela, le troisième ne voit rien ! Pour ce dernier (et pour tous les autres), il est encore possible de dessiner sur la surface de son dos. Ainsi, la diversité des modes de communication visuelle et non visuelle s’étend. Heureusement, nous travaillons en petit groupe ce qui donne un peu de temps à chacun pour ajuster ses codes de compréhension et de représentation. Il s’agit de faire de l’individuel dans du global !

Parfois l’intervenant arrive avec ses diapos ou ses bandes vidéo, court-il à l’échec ? Va-t-il déclencher un conflit ?... Que vont-ils voir ? Peu importe ! Ce sont les descriptions, les commentaires et échanges que cela déclenche qui importent. Prendre le temps, parler, décrire très complètement l’image, s’arrêter, revenir, c’est une affaire de patience et la passion est souvent au rendez-vous, bien plus que chez les “voyants” ! Remarquons d’ailleurs que l’intervenant libère avant tout sa propre parole grâce au support qu’il propose, et ce au bénéfice de sa pédagogie. Il n’a pas à se priver de ses images favorites du fait d’un public déficient visuel, à nous de l’y inviter !

Dans ces premières idées, ces aspects matériels, nous ne restons qu’à l’extérieur, à la superficie. Où en est le monde intérieur de chacun ? Que faire lorsque les hublots sont opaques ou dépolis...? Et si c’était finalement une “vidéo intérieure” et “en 3 D” s’il vous plaît, qui serait à inventer ?

- SUITE DANS LE PROCHAIN NUMÉRO -



Béatrice CHAPIN,
Pascale JAILLARD,
Responsables de la Chronique.

